

Pioneer y Salud Family Health Centers proporcionarán servicios dentales preventivos durante el año escolar. **Todos los niños son elegibles** para recibir estos servicios dentales independientemente de si tienen, o no, seguro dental / Medicaid. Si el niño tiene Medicaid, CHP+ o el seguro Delta Dental, entonces Salud va a facturar los servicios prestados. Salud no va a cobrar los copagos por estos servicios debido al trabajo que da recolectar los copagos de los niños en un entorno escolar. **Las familias no tendrán que pagar por estos servicios.** Como somos un Centro de Salud debemos preguntarle sobre sus ingresos; toda la información es confidencial. Se revisarán los dientes y las encías de los niños para detectar posibles problemas y se les informará a los padres si el niño tiene alguna caries o necesita tratamiento del dentista.

Al elegir participar en este programa, su hijo será visto en su escuela por un Higienista Dental Certificado. El higienista puede proporcionarle a su hijo alguno o todos los servicios que se mencionan más adelante y después comunicarse con un dentista a través de una computadora para evaluar los dientes y las encías de su hijo. El dentista revisará la información recolectada por el higienista dental (radiografías, historia dental, fotos, etc.) y elaborará un plan de tratamiento adecuado.

Doy mi autorización para que el higienista dental le proporcione a mi hijo alguno o todos los servicios que se presentan a continuación: \*  Sí  No

*\*Debido al brote epidémico de COVID-19, se pospondrán algunos servicios hasta el 2021*

- Examen dental completo
- Radiografías
- Limpieza dental
- Fotografías de sus dientes
- Tratamiento de fluoruro
- Selladores

¿Su hijo tiene alergias o alguna condición médica?  Sí  No

Si sí, especifique: \_\_\_\_\_

Salud Family Health Centers enviará a la casa un resumen de los resultados de la evaluación para que los padres puedan revisarlo.

Se adjunta a este formulario una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Salud que también se puede encontrar en <http://www.saludclinic.org/>. Este documento les informa a los pacientes cómo su información médica protegida será compartida o se mantendrá en confidencialidad.

Certifico que he leído (o me han leído) el contenido de este formulario y que tengo acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que si necesito más información o si tengo alguna pregunta puedo contactar a **SMILES Project Navigator al 970-441-6049**. Comprendo que los resultados de la evaluación de mi hijo podrían ser compartidos con el asistente de salud de la escuela. Considero que me han dado suficiente información para dar mi autorización.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Apellido del niño:	Nombre del niño:	Correo electrónico:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/tutor legal:	Fecha de nacimiento del padre/tutor legal*. Relación con el paciente:	Teléfono de la casa :
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:	Celular:
Tamaño de la familia: _____ Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Otra	Ingreso total estimado: _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual ¿Su familia vive en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En este momento su familia está sin vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es algún miembro de su familia trabajador agrícola migrante o por temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Tipo de seguro dental:	<input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Ninguno	
Número de subcriptor :		
¿Su hijo ha sido visto por un dentista alguna vez?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Fecha de la última cita _____ con el DR/a. _____		